

VU Research Portal

'Ask, don't assume'!

Laarman, B.S.; Akkermans, A.J.; Friele, R.D.; Legemaate, J.

published in
Kwaliteit in zorg
2017

document version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Laarman, B. S., Akkermans, A. J., Friele, R. D., & Legemaate, J. (2017). 'Ask, don't assume'! Actuele inzichten in de organisatie van openheid na een medisch incident. *Kwaliteit in zorg*, (2), 24-26.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:
vuresearchportal.ub@vu.nl

Actuele inzichten in de organisatie van openheid na een medisch incident

'Ask, don't **assume**'!

Eind vorig jaar vond in het AMC de Third International Incident Disclosure Conference plaats. Vooraanstaande nationale en internationale sprekers lichtten toe hoe openheid na medische incidenten kan worden georganiseerd. Openheid is een recht van de patiënt, kan conflictvorming voorkomen, draagt bij aan herstel van vertrouwen en lijkt claims te doen afnemen. Maar openheid ontstaat niet vanzelf. Een verslag.

Berber Laarman, Arno Akkermans, Roland Friele, Johan Legemaate

De vier kernboodschappen van de conferentie zijn uiterst relevant voor KiZ-lezers: luister naar de patiënt en betrek diens perspectief in het onderzoek naar een incident, vang ook de zorgverlener op en begeleid deze in disclosure (zie kader, red.), werk samen met belangenbehartigers van patiënten om hen in disclosure te ondersteunen en staar je niet blind op de kwalificatie van een incident. Voor het realiseren van openheid is dus doelgericht beleid nodig op het niveau van de patiënt, de zorgverlener en de leidinggevenden in een zorginstelling, zo blijkt ook uit het leernetwerk OPEN.

Voor veel patiënten is een incident een breuk in het vertrouwen dat zij in de zorginstelling en de zorgverlener hebben. Rob Slappendel, voormalig manager Kwaliteit en Veiligheid van het Amphia ziekenhuis (Breda) en thans werkzaam in Antwerpen, legde op de conferentie uit hoe het betrekken van het patiëntperspectief in het onderzoek naar een incident kan bijdragen aan herstel van vertrouwen. Instellingen moeten patiënten vragen naar hun visie op het incident, en zij moeten nagaan of patiënten zelf vragen hebben die zij in de analyse beantwoord willen zien. Patiënten kunnen vragen stellen waar een calamiteitenonderzoeker nooit aan denkt zoals naar toedrachtaspecten buiten

de eigen instelling of naar andere details die belangrijk zijn voor zingeving en verwerking. Het adresseren van deze vragen maakt dat patiënten zich gehoord voelen en niet met vragen achterblijven. Het betrekken van de patiënt bij de procedure, voorkomt volgens Slappendel bovendien kansloze claims – patiënten kunnen begrip opbrengen voor een incident, als zij begrijpen hoe het zich heeft kunnen voordoen. Slappendel pleit er bovendien voor patiënten thuis te bezoeken, waar zij in hun eigen omgeving en op hun gemak zijn.

Vraag het de patiënt

De IGZ heeft inmiddels verplicht gesteld om de patiënt te betrekken in de analyse van een calamiteit. Met succes, stelt Hans Schoo, hoofd-inspecteur Curatieve Zorg, Geneesmiddelen en Medische Technologie: in 80% van de gevallen wordt de patiënt in de analyse betrokken, tegenover slechts 10% een paar jaar terug. Ook Josje Kok, promovenda aan het Erasmus Institute of Health Policy & Management, benadrukte de waarde van het patiëntperspectief in de analyse van een incident. In de meeste zorginstellingen voert een calamiteitenonderzoeker één gesprek waarin deze patiënten naar hun kijk op het incident vraagt, maar deze informatie wordt maar zelden opgenomen in het resulterende rapport. Volgens Kok kunnen zorginstellingen dan ook meer leren van het patiëntperspectief dan nu het geval is. Daarvoor moeten zij calamiteitenonderzoekers trainen in interviewtechnieken, en kunnen zij patiënten vragen om vragen te formuleren voor het onderzoek. Kok pleit ervoor om betrokkenheid van de patiënt bij root cause analysis een pijler van open disclosure te maken. Volgens zowel Slappendel als Kok is van belang dat de onderzoeker die met de patiënt in gesprek gaat ook de sociale vaardigheden heeft om met de



emoties van patiënten op de juiste manier om te gaan.

Begeleiding van zorgverleners

Ook voor de zorgverlener kan een incident een ingrijpende gebeurtenis zijn. Volgens prof. Kris Vanhaecht (KU Leuven) komt 50% van de zorgverleners een keer in aanraking met een medisch incident. Zorgverleners kunnen na een incident gevoelens van schaamte, schuld en onzekerheid ervaren. Sommige zorgverleners krijgen depressieve klachten of raken burned out, en veel van hen overwegen in ieder geval tijdelijk om een ander vak te gaan uitoefenen. De impact van een incident op de betrokken zorgverlener zelf, kan grote invloed hebben op de wijze waarop zij met de patiënt in gesprek (kunnen) gaan.

Prof. dr. Shapiro, Harvard Medical School, stelde de vraag: “Do we think any of these emotions might have an effect on our discussions with patients and families?” om vervolgens het antwoord te geven, “how could they not?”. Het is dan ook belangrijk dat er voor zorgverleners begeleiding beschikbaar is als zij die nodig hebben. Daarvoor bestaan verschillende oplossingen. Instellingen kunnen ook zorgverleners

van tevoren trainen in gesprekstechnieken, of zij kunnen direct na het incident worden geochocht in het gesprek met de patiënt.

Belangenbehartigers in disclosure

Begeleiding in disclosure is belangrijk voor zorgverleners, maar ook patiënten moeten worden aangemoedigd iemand mee te nemen als ondersteuning als zij met de betrokken zorgverlener(s) in gesprek gaan. Prof. Michelle Mello, Stanford Law School, benadrukte de waarde van een goede belangenbehartiger. De titel van de presentatie van de Australische advocaat Janine McIlwraith, ‘The role of plaintiff lawyers: from hindrance to help’, illustreerde waarom dit een vernieuwend standpunt is.

Belangrijkste vaststelling congres: wees open over medische incidenten.

Disclosure

Open disclosure of incident disclosure is een proces waarin de zorgverlener open is over een incident dat bij de patiënt tot schade heeft geleid of kan leiden. De zorgverlener toont medeleven en biedt in het geval van een fout zijn excuses aan. De zorgverlener geeft uitleg over de te volgen procedures en verwijst naar een persoon die de patiënt gedurende dit proces kan begeleiden. Er wordt naar voortschrijdend inzicht openheid gegeven over de aard en toedracht van het incident, de mogelijkheid van herstelbehandeling, (eventuele) (im)materiële compensatie, en welke verbetermaatregelen de zorginstelling ten gevolge van het incident doorvoert.

De rol van belangenbehartigers in medische aansprakelijkheidszaken wordt vaak gezien als escalerend en juridiserend. Mello en McIllwraith schetsten een rooskleuriger beeld. De juiste belangenbehartigers kunnen de patiënt helpen de juiste vragen te stellen, en de antwoorden voor hen te verduidelijken. “The lawyer can be an angel on their shoulder”, stelde Mello. McIllwraith benadrukte de overeenkomsten tussen advocaten en zorgverleners: “we have shared goals – better health outcomes for patients, a moral imperative, and a patient focus”.

Klacht, complicatie, claim?

Een *incident* wordt in de Wet kwaliteit, klachten, geschillen zorg (Wkkgz) gedefinieerd als niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden, of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt (art. 1.1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz). Een *calamiteit* is een

In 80% van de gevallen wordt de patiënt in de analyse betrokken, tegenover slechts 10% een paar jaar terug

niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor de cliënt heeft geleid (art. 1 lid 1 Wkkgz). Een *complicatie* is een onbedoelde of ongewenste gebeurtenis, maar is dan weer niet het gevolg van een fout.

Wij gebruiken ‘incident’ hier als algemene term voor als er iets is misgegaan. De verschillende etiketten die op een incident kunnen worden geplakt, leiden in Nederland tot veel verwarring. Daarvan getuigt bijvoorbeeld de recente ophef over het (niet) melden van calamiteiten. De wijze waarop een incident wordt gekwalificeerd heeft vaak vergaande gevolgen voor de wijze waarop een zorginstelling reageert. Vanuit compliance perspectief zijn die verschillen logisch, maar voor patiënten en zorgverleners ligt het onderscheid tussen labels zoals ‘klacht’, ‘incident’, ‘claim’, ‘complicatie’ en ‘calamiteit’ niet voor de hand. Voor zorgverleners hoeft de wijze waarop een incident wordt gelabeld bijvoorbeeld niet uit te maken voor de mate van impact: ook een incident met slechts geringe schade voor de patiënt kan tot ernstige schade bij de zorgverlener leiden, stelt Kris Vanhaecht (KU Leuven).

Het in een juridisch hokje stoppen van een incident leidt volgens prof. dr. Jo Shapiro tot vooringenomenheid en cultural bias, wat kan hinderen in de wijze waarop door de zorginstelling wordt gereageerd als er iets mis gaat. Prof. Arno Akkermans (Vrije Universiteit Amsterdam), pleit dan ook voor ontzuiling van de organisatie en het samenbrengen van procedures.

Literatuur

- Smeehuijzen JL, Wees KAPC van, Akkermans AJ, Legemaate J, Bussbach S van, Hulst L (2013) *Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Vincent C, Young M, Phillips (1994). Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*;343:1609-13.
- Wojcieszak D, Banja J, Houk C. (2006) The Sorry Works! Coalition: making the case for full disclosure. *Jt Comm J Qual Patient Saf*; 32: 344-550.
- Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, Rogers MAM (2010) Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Annals of Internal Medicine*; 153: 213-21.
- Wu (2000), The second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. *West. J. Med.*, 172(9), 726-727.
- Van Gerven (2015), Health professionals as second victims of patient safety incidents: impact on functioning and well-being, Leuven: *University Press*; 2016. Van Gerven is verbonden aan een onderzoeksgroep aan de KU Leuven exclusief gewijd aan de zorgverlener als second victim. (www.secondvictim.be)

Informatie over de auteurs

Berber Laarman is als onderzoeker werkzaam aan het Amsterdam Centre for Comprehensive Law (ACCL), verbonden aan de afdeling privaatrecht van de Vrije Universiteit Amsterdam. **Arno Akkermans** is hoogleraar privaatrecht en geeft leiding aan het ACCL. **Roland Friele** is adjunct-directeur van het NIVEL en **Johan Legemaate** is hoogleraar Gezondheidsrecht aan het AMC/UvA. De onderzoeksgroep werkt samen in OPEN. OPEN wordt gefinancierd door het Fonds Slachtofferhulp, een onafhankelijke maatschappelijke organisatie die zich sterk maakt voor slachtoffers van ongevallen, misdrijven en rampen. Zie voor meer informatie: www.fondsslachtofferhulp.nl. Voor correspondentie: b.s.laarman@vu.nl